

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

124

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Janvier 1896, à 1 heure

PAR

Eugène BOURGNINAUD

Licencié ès sciences

NÉ A FLAYAT (CREUSE), LE 4 JUILLET 1861

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYDROCÈLE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, agrégé.
GLEY ET TUFFIER, agrégés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^e ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0071

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Janvier 1896, à 1 heure

PAR

Eugène BOURGNINAUD

Licencié ès sciences

NÉ A FLAYAT (CREUSE), LE 4 JUILLET 1861

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'HYDROCÈLE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. { POTAIN, *agréé.*
GLE Y ET TUFFIER, *agréés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^e ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNEL ONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THI RY
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTIER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dis-
sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON ÉPOUSE

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ALGER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Notre étude, sur le traitement de l'hydrocèle a pour but de montrer que l'incision antiseptique est recommandable d'emblée et dans tous les cas, sauf contre-indication d'un ordre général ; c'est-à-dire, lorsque l'état du malade ne permet pas de pratiquer une opération quelconque.

Nous essayerons de montrer qu'elle est supérieure à la ponction suivie d'injection iodée, (méthode encore de choix pour plusieurs chirurgiens) pour les motifs suivants :

- 1° Rapidité plus grande de la guérison.
- 2° Récidives moins fréquentes.
- 3° Elle permet de voir ce que l'on fait.
- 4° Elle permet de déterminer les lésions causales et d'agir sur elles.
- 5° Elle se pratique sans douleur, raison qui n'est pas à dédaigner pour le malade.

6° Le Manuel opératoire est aussi simple et aussi facile.

Nous étudierons aussi : les principaux procédés de l'incision antiseptique, en essayant de montrer les avantages et les inconvénients de chacun d'eux et quel serait pour nous le procédé de choix.

Nous diviserons ainsi notre sujet en cinq chapitres.

Chapitre I. — Historique des divers traitements de l'hydrocèle.

Chapitre II. — Ponction avec injection iodée.

Chapitre III. — Incision antiseptique

Chapitre IV. — Parallèle des divers procédés les plus usités.

Chapitre V. — Conclusions.

Mais avant d'entrer en matière nous tenons à remercier M. le professeur Bruch, directeur de l'école de médecine d'Alger, (qui nous a inspiré ce travail) des observations si intéressantes qu'il a bien voulu nous communiquer, et des bons soins qu'il a apportés à notre éducation chirurgicale.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir offrir publiquement nos remerciements à M. Brault, médecin major, professeur de médecine opératoire à l'école d'Alger, pour les nombreuses observations qu'il a bien voulu nous communiquer et le dévouement qu'il a apporté à nous enseigner la médecine opératoire.

Enfin nous devons exprimer notre gratitude à tous nos maîtres de l'école d'Alger.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir ici l'hommage de notre reconnaissance pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I^{er}

HISTORIQUE DES DIVERS TRAITEMENTS DE L'HYDROCÈLE

Nous ne voulons pas ici faire un historique complet des différents traitements qui ont été mis en usage dans la cure de l'hydrocèle. A part la ponction, suivie de l'injection d'un liquide modificateur et de l'incision antiseptique, tous sont tombés dans l'oubli le plus complet. En outre cette étude a été faite par d'autres et d'une manière très complète (1).

Guy de Chauliac en 1537 et Visemann en 1686 se servaient d'un trocart pour ponctionner l'hydrocèle.

C'est Celse qui le premier fit la ponction suivie d'injection d'un liquide modificateur, le liquide employé était une solution de nitrate de potasse (2).

En 1667, Lambert de Marseille, injecte dans la cavité vaginale, une solution de sublimé dans de l'eau de chaux. Mais cette pratique ne fut pas suivie et c'est seulement au milieu du siècle dernier que Munro l'a remise en vigueur. Il employa l'alcool puis le vin (3). C'est James Earle, chirurgien de l'hôpital de Saint-Barthélemy, qui en fut le vulgarisa-

(1) WENDLING — *Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocèle*. Nancy, 1886.

(2) Livre VII, Tome II, page 323, trad. de Minnin,

(3) MUNRO. — *Essai sur l'hydrocèle et ses différentes espèces*. trad. franc. Paris 1760, p. 247.

teur (1791). Vers 1819 nous la voyons de nouveau employée en France par Sabatier. A partir de cette époque les liquides mis en usage varient à l'infini.

L'alcool à un moment fut assez en faveur, ce qui fit dire à Richard qui en avait obtenu de bons résultats : « Si j'étais affecté d'une hydrocèle je voudrais être traité par ce procédé (1). » Sedillot vanta beaucoup cette méthode. Velpeau employa d'abord l'alcool, ensuite ce fut le vin qui plus tard fit place à la teinture d'iode ; et en 1846 après une mémorable discussion à l'académie de médecine où l'on montra les nombreux avantages de ce procédé, cette méthode se répandit rapidement en France et à l'étranger.

L'incision combinée ou non avec l'excision partielle de la vaginale est, de tous les traitements, le plus anciennement employé ; et si cette méthode a donné quelques succès elle a eu aussi assez d'accidents et il n'y a rien d'étonnant à ce que Gerdy se soit écrié : « l'incision est une pratique excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des siècles passés (2) ».

L'incision a été employée par Celse et Guy de Chauliac ensuite par Paul Egine, Visemann, Ambroise Paré. Scarpa puis Boyer la vantent dans l'hydrocèle enkystée du cordon et dans l'hydrocèle diffuse. Malgaigne la conseille quand on suppose la tunique vaginale épaissie. Cette méthode eut peu de faveur auprès de Velpeau et de Chassagnac.

Mais ce procédé, tant discrédité par les nombreux accidents qui s'en étaient suivis, allons-nous le voir renaître avec l'antisepsie et devenir la méthode de choix.

(1) *Pratique journalière de chirurgie*, 1868.

(2) *Arch. gén. de méd.* 3^e série tom I, page 37, 1838.

CHAPITRE II

PONCTION AVEC INJECTION IODÉE

La ponction suivie d'injection iodée est très douloureuse, on a même vu se produire des syncopes ; pour parer à cet inconvénient, on fait précéder aujourd'hui l'injection iodée d'une injection de cocaïne au 1/50. Mais si dans ce cas l'opération n'est pas douloureuse, il n'en est plus de même quelques heures après lorsque l'action anesthésiante de la cocaïne a cessé d'agir ; l'observation suivante qui nous a été communiquée par notre ami M. Bossion, interne de M. le professeur Rey, en est une preuve.

OBSERVATION I (inédite) M. REY

Hydrocèle droite

Joseph L..., cultivateur, âgé de 49 ans, entre à l'hôpital de Mustapha, le 18 juillet 1890, pour une hydrocèle droite.

Ponction de l'hydrocèle le 1^{er} août. Il s'écoule environ deux cents centimètres cubes d'un liquide citrin. On injecte ensuite un volume égal d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, qu'on maintient dans la poche pendant cinq minutes ; on laisse s'écouler une partie de la cocaïne, puis on injecte un volume de teinture d'iode dédoublée, à peu près égal à celui de la cocaïne. Après évacuation du liquide on ferme la petite plaie avec du collodion.

Le malade, après l'opération, dit n'avoir ressenti de douleur autre que celle de la piqure du trocart.

Pendant la journée il se plaint de douleurs dans la région lombaire et dans l'aîne s'irradiant dans la cuisse ; le soir un peu de fièvre.

4 août. — La partie malade a diminué de volume, l'inflammation du cordon est moindre que les jours précédents ; pas de fièvre.

24 août. — Le malade va bien et sort guéri.

Revu le 13 décembre, le malade va bien, la bourse droite est normale.

Manuel opératoire de la ponction suivie d'injection. —

Le manuel opératoire est assez simple en théorie, mais en pratique il présente parfois quelques difficultés. L'opérateur a à redouter certains accidents, souvent graves et indépendants de sa volonté, par exemple, le trocart peut pénétrer mal et séparer l'une de l'autre les tuniques des bourses, d'où infiltration de la teinture d'iode dans le tissu cellulaire ; il n'est pas non plus toujours facile de déterminer la position du testicule, d'où danger de le piquer etc., etc... On ne peut pas mettre ces accidents sur le compte de la maladresse quand on les voit arriver à des chirurgiens tels que Velpeau, Scarpa, Boyer, Dupuytren.

Le manuel opératoire de la ponction suivie d'injection iodée peut se diviser en deux temps :

1^{er} temps. — Ponction de l'hydrocèle.

2^e temps. — Injections de cocaïne et de teinture d'iode.

Nous emprunterons la description de ce premier temps au traité des maladies du testicule et de ses annexes de MM. Monod et Terrillon, page 184.

« Le lieu d'élection de la ponction, est un point situé en avant et un peu sur le côté externe des bourses. Il est clair que, si l'on a reconnu que le testicule est en inversion, on se reportera plus en arrière.

D'une façon générale on ne procèdera jamais à l'opération sans avoir déterminé, à l'aide de l'éclairage et de la palpation, la position du testicule. Le point qui paraîtra le plus transparent est celui où l'instrument doit être plongé. Ce point déterminé, on procèdera à l'opération de la façon suivante :

Le chirurgien se place à droite du malade. Le trocart est tenu de la main droite ; l'index appliqué sur la canule, à une distance variable de la pointe, limite la profondeur à laquelle pénétrera l'instrument, pénétration qui variera avec la réplétion plus ou moins grande de la vaginale, mais ne dépassera jamais deux ou trois centimètres.

La partie malade est solidement fixée de la main gauche, et légèrement pressée en arrière, de façon à refouler le liquide en avant et à tendre la peau des bourses.

L'opérateur s'étant assuré qu'aucune veine volumineuse ne se rencontrera sur sa route, enfonce le trocart hardiment, d'un coup sec, la sensation de résistance vaincue, la mobilité en tous sens de l'extrémité de l'instrument, lui apprendront qu'il a bien pénétré dans la cavité. Retirant alors la pointe, il pousse plus avant la canule désarmée, de sorte que son extrémité plonge largement dans le liquide et qu'elle ne puisse dans un mouvement intempestif du malade ou du chirurgien s'échapper de la vaginale. »

Le liquide une fois évacué nous arrivons au deuxième temps de l'opération.

On se sert en général d'une solution de cocaïne au 1/50 ; on injecte alors, avec une seringue dont l'ambout est intro-

duit dans la canule, 25 à 30 gr. de la solution qu'on laisse en contact cinq minutes avec la vaginale. Après évacuation de la solution, on fait une injection soit de teinture d'iode dédoublée, soit de teinture d'iode pure comme le préconise M. Duplay. Après évacuation de la teinture d'iode on ferme la petite plaie avec un peu de collodion.

Avant de pratiquer l'opération il faut faire l'antisepsie complète du champ opératoire et du trocart.

Après l'opération il se produit toujours une vive réaction, le scrotum acquiert un volume au moins égal à celui qu'il avait auparavant, il devient rouge, tendu, luisant, douloureux à la pression, on constate aussi un peu de fièvre.

Il n'entre point dans le plan de notre travail de parler des corps autres que la teinture d'iode qui ont été employés comme modificateurs, aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

CHAPITRE III

INCISION ANTISEPTIQUE

Avec l'antisepsie nous voyons renaître la méthode sanglante et cette fois c'est pour nous donner des résultats merveilleux. Plus de douleurs, plus de dangers, plus de récidives, ainsi se résume les avantages du nouveau procédé.

C'est Volkmann de Halle, qui en 1873, pratiqua pour la première fois, avec l'antisepsie, la cure radicale de l'hydrocèle (1). La même année, dans ses contributions à la chirurgie p. 369, il publia deux observations sur sa nouvelle méthode. Mais c'est seulement en 1876 qu'il fit connaître son manuel opératoire et les résultats obtenus (2).

A partir de ce moment les chirurgiens étrangers mettent en pratique cette méthode. Jacobson l'emploie sans avoir connaissance des travaux de Volkmann (3). Enfin, Genzmer (4) élève de Volkmann fait connaître les modifications apportées par son maître à son manuel opératoire et les résultats obtenus dans soixante-neuf observations.

(1) VOLKMANN, Der Hydroceleuschnitt bei antiseptischer nach Behandlung. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1876.

(2) *Berliner Klein. Voch.*, n° 3, 17 janvier 1876. *Med. Record*, avril 1876.

(3) *The Lancet* II p. 309, 1877.

(4) Die Hydrocèle und ihre Heilung. Extrait de *Sammlung klin. Vorträge*. Von R. VOLKMANN, n° 135. Leipzig 1878.

En France, on avait prêté peu d'attention à la pratique du chirurgien de Halle. C'est seulement en 1880, qu'on voit ce procédé recommandé dans un traité didactique, par Lucas-Championnière (1). En 1884, on voit paraître le premier travail fait sur ce sujet par Labadie (2).

En 1883, Mehling (3) dans sa thèse fait connaître un nouveau procédé de Julliard de Genève; l'année suivante ce chirurgien publie son manuel opératoire et les résultats obtenus dans cinquante-une observations.

En 1885, Bergmann fait connaître un nouveau procédé. En 1886, Augagneur de Lyon apporte une modification de détail au procédé de Julliard. A partir de ce moment une série de travaux a été publiée tant en France qu'à l'étranger.

Après cet aperçu historique nous allons décrire en quelques mots le manuel opératoire de Volkmann; les modifications apportées par Julliard et la pratique suivie par M. Bruch d'Alger avec les résultats qu'il en a obtenus. Nous terminerons ce chapitre par l'étude du procédé de Bergmann tel que le pratique M. Brault d'Alger avec les résultats qu'il en obtient.

Voici le manuel opératoire de Volkmann: le malade est purgé de la veille; on fait l'antisepsie du champ opératoire et on opère sous le chloroforme. Le chirurgien saisit alors la tumeur de la main gauche, et à l'aide du bistouri, pratique une incision allant de l'anneau inguinal à la base de scrotum, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis il divise, à l'aide du ciseau, les différentes couches du scrotum

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Chirurgie antiseptique*, p. 224-1880.

(2) LABADIE. Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision et des précautions antiseptiques. *Thèse de Bordeaux*, 1884.

(3) MEHLING. *Thèse de Montpellier*, 1883.

chargées sur la sonde cannelée, jusqu'à ce qu'il arrive sur la séreuse. Alors avec le bistouri, il ponctionne la vaginale, et, introduisant deux doigts dans la cavité, il incise avec les ciseaux le feuillet pariétal sur toute la longueur de l'incision cutanée.

Après avoir examiné attentivement la cavité vaginale et enlevé toutes les productions anormales, il lave cette cavité avec une solution phéniquée au 3 0/0 ; ensuite il pratique une série de sutures sur chaque bord de la plaie de manière à appliquer exactement les unes sur les autres les différentes couches incisées, afin d'empêcher les produits de sécrétions de s'infiltrer entre le tunique vaginale et la peau et après avoir placé un drain il suture la plaie à la soie.

Julliard de Genève incise couche par couche les différentes tuniques du scrotum jusqu'à la vaginale à l'aide du bistouri. La ponction et l'incision de la séreuse se font comme précédemment. La toilette de la cavité vaginale est faite avec une solution très faible d'eau phéniquée, ensuite il résèque la tunique vaginale de manière à laisser juste ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule et le cordon ; il suture alors la vaginale au catgut et ensuite le scrotum. Au début il mettait un drain dans la cavité vaginale et un autre dans la plaie scrotale ; il a supprimé le premier, pour ne plus conserver que le dernier. Le pansement, consiste à appliquer sur l'incision, un morceau de protectrice, par dessus une large couche de grosses éponges imbibées d'une solution phéniquée à 1, 5 0/0 qui couvre le bas ventre, le scrotum et le périnée ; le tout est soutenu par des bandes de gaz et enfin par une bande de caoutchouc. Cette opération est faite sans le secours de l'anesthésie.

Le 23 décembre 1885, à la Société médico-chirurgicale de

Lyon, Augagneur communique 13 cas traités par la méthode de Julliard.

En 1886 il fait connaître les modifications suivantes qu'il apporte à cette méthode : il chloroforme d'abord le malade et l'opération terminée il fait deux plans de sutures à l'aide de fil d'argent, en outre il place un drain dans la cavité vaginale.

Au Congrès de Lyon en 1894, Augagneur dit qu'il a pratiqué soixante fois la cure radicale de l'hydrocèle et toujours avec un succès complet et il ne la fait cependant pas d'une façon systématique, il la réserve aux hydrocèles de sujets jeunes, à celles qui ont récidivé à la suite d'une ponction, enfin à celles où le diagnostic d'hydrocèle simple n'est pas absolument sûr. Quant au manuel opératoire, Augagneur résèque largement la vaginale, mais ne fait pas de lavage. L'abus des lavages antiseptiques n'a pour effet que de déterminer une sécrétion de la séreuse et de retarder la guérison : il a aussi renoncé de faire une suture isolée de la vaginale et de la peau.

M. Nicaise décolle la séreuse de la fibreuse et conserve de la séreuse, juste ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule et le cordon ; de cette manière, il n'incise pas comme dans le procédé de Julliard la fibreuse ; il agit ainsi dans le but d'éviter les hémorrhagies et surtout les infiltrations de sang dans le tissu cellulaire.

M. Reclus qui a essayé ce procédé dans trois cas a eu trois récidives.

M. Bruch à Alger, pratique depuis longtemps l'incision antiseptique et dans tous les cas, et il n'a pas encore constaté de récidives. Son manuel opératoire est celui de Julliard, avec quelques modifications. Il anesthésie toujours le malade, soit

au chloroforme, soit à la cocaïne ; il pratique le lavage de la cavité vaginale avec une solution de sublimé au 1/1000. Il fait toujours deux plans de sutures. Dans les premiers temps qu'il pratiquait cette opération il mettait un drain, aujourd'hui il l'a supprimé.

Voici une série d'observations personnelles ou inédites prises parmi les plus intéressantes dans le service de M. Bruch de l'année 1888 à l'année 1893.

OBSERVATION II (Inédite) BRUCH

Hydrocèle double, avec hernie inguinale double.

V. Louis, 63 ans, français.

Entré le 7 janvier 1888.

Fièvres paludéennes à Perpignan, hernie inguinale gauche depuis vingt ans ; hernie inguinale droite depuis un an. A partir de ce moment les deux bourses ont gonflé peu à peu sans douleur. Au mois de mai dernier, double ponction, guérison temporaire pendant quatre mois environ. L'hydrocèle a reparu depuis trois mois.

Etat actuel. — Double tumeur volumineuse des bourses la verge est cachée on ne voit que l'extrémité du prépuce. Transparence des deux côtés.

24 janvier. — *Opération :* L'incision antiseptique est indiquée par la complication d'hernie. Incision des téguments, côté gauche ; ponction au bistouri, sonde cannelée, section aux ciseaux. Séreuse un peu épaisse, liquide claire 200 grammes environ. Testicule sain, petit, mou, lavage au sublimé au 1/1000 ; incision d'une portion vaginale ; nouveau lavage ; sutures au catgut de la séreuse sur la glande ; drain superficiel, sutures de la peau

au catgut. Pansement à l'iodoforme, gaze iodoformée, coton salicylé, gutta, bandage.

26 janvier. — premier pansement, légère douleur pendant la nuit « dans le ventre » pas de plus, on enlève le drain.

28 janvier. — Douleurs abdominales très intenses depuis hier neuf heures du soir, langue sale, glace, purgation.

Température : matin. 39,2, soir 38.

29 janvier. — Douleurs disparues depuis la veille au soir ; langue bonne.

7 février. — Cicatrisation complète, guérison, le traitement a duré 13 jours.

21 février. — Opération du côté droit. Liquide citrin, même procédé : rien de particulier au testicule.

22 février. — Pas de fièvre aucune douleur.

28 février. — premier pansement, pas de fièvre drain enlevé.

12 mars. — exéat, guéri, traitement 18 jours, aurait pu sortir quelques jours plus tôt ; on a négligé de noter le jour où la cicatrisation était terminée. Le malade était resté quelques jours en plus.

OBSERVATION III (inéдите) BRUCH

Hydrocèle gauche.

C. Frédéric, 60 ans, mineur, né à Paris.

Entré le 7 avril 1888.

A seize ans fièvre typhoïde ; à 22 ans malaria.

Début. — Date de 20 ans. — L'hydrocèle a grossi lentement sans douleur. Au mois de février dernier, ponction simple à l'hôpital de Douéra.

Etat actuel. — Tumeur, côté gauche, volume du poing, transparente.

22 avril. — *Incision antiseptique.* Deux petits kystes sur le testicule sont enlevés par torsion. Excision de l'excès de la vaginale, suture au catgut, drain, suture de la peau au catgut, pansement iodoformé. Dans la journée à partir du réveil du sommeil anesthésique aucune douleur, ni fièvre ni douleur les jours suivants.

26 avril. — Premier pansement, pas de pus, testicule sensible, un peu douloureux à la pression. « Il en était déjà ainsi avant l'opération » dit le malade.

29 avril. — Douleur à la cuisse droite, on constate les points douloureux de sciatique. Injection de morphine, chlorure de méthyle.

1^{er} mai. — La douleur sciatique a beaucoup diminué.

2 mai. — Deuxième pansement, pas de pus, le drain est enlevé.

10 mai. — Dernier pansement, guérison de l'opération, cicatrice parfaite.

Le testicule reste très sensible à la pression. Suspensoir.

25 mai. — Exeat, ne souffre plus de testicule.

Durée du traitement 18 jours. Les douleurs sciatiques ont été indépendantes de l'opération ; celles du testicule existaient déjà avant l'opération.

OBSERVATION IV (inédite) BRUCH

Hydrocèle double.

P. Vincent, 33 ans, Italien, terrassier.

Entré le 4 décembre 1888.

A eu les fièvres. Nie toute maladie antérieure des organes génito-urinaires.

Début. — 10 ans. La vaginale gauche a été la première atteinte, la droite deux ans plus tard. Evolution sans douleur,

transparence laissant voir les deux testicules en place normale. Volume un peu au-dessus de la moyenne.

20 décembre. — Incision antiseptique, les deux côtés dans la même séance. Incision de la peau, ponction puis section de la vaginale aux ciseaux ; excision d'une partie de la vaginale, application exacte de la séreuse sur la glande ; suture de la séreuse (catgut) ; suture de la peau (catgut) drain dans la portion déclive ; le tout après lavages répétés et soignés avec la solution de sublimé au 1/1000 ; pansement antiseptique.

La seconde opération a été commencée après la suture de la peau de la première ; celle-ci protégée par gaze iodoformée et gutta.

26 décembre, premier pansement. — Pas de pus, les drains sont retirés, le côté gauche est parfaitement réuni ; à droite les sutures superficielles ont lâché en partie ; d'où une petite plaie béante de deux centimètres de longueur, pas d'orchite, pas de fièvre.

31 décembre, deuxième pansement. — Côté gauche parfaitement réuni, côté droit : plaie cutanée de 1 centimètre.

3 janvier 1889. — Le malade est guéri.

OBSERVATION V (Inédite) BRUCH

Hydrocèle double.

S. Christophe 16 ans, Français.

Entré le 9 février 1889. — Aucun antécédent héréditaire, aucune maladie antérieure sauf une blépharite ciliaire.

Début. — Il y a huit mois, la vaginale gauche a été prise deux mois avant la droite. Ne se rappelle aucun accident, aucun traumatisme, ne peut attribuer la maladie à aucune cause appréciable. N'a jamais souffert de la région ; ne se plaint que d'être gêné par la marche et par la grosseur des parties. L'épanche-

ment à droite est $\frac{1}{3}$ moindre que le gauche. Pas de hernie, le décubitus dorsal ne fait pas diminuer l'épanchement, les pressions ne le réduisent pas. Transparence parfaite des deux côtés; à gauche le testicule semble être très gros.

14 février. — *Incision antiseptique de l'hydrocèle gauche.* — Liquide citrin; testicule volumineux, nombreuses adhérences à la vaginale. Il y a eu orchite, mais le jeune malade a persisté à nier toute maladie antérieure.

Incision d'une partie de la vaginale, lavage au sublimé, suture de la vaginale au catgut, pas de drain. Pansement iodoformé.

17 février. — 1^{er} pansement. Réunion parfaite, pas de fièvre, aucune douleur, retenu au lit par précaution.

21 février. — 2^e pansement. — Guérison parfaite.

7 Mars. — *Incision antiseptique, côté droit.* — Pas de liquide, le testicule est couvert d'un semis de grains ressemblant à la semoule. Liquide citrin. — Lavage. — Deux plans de suture au catgut; pas de drain, même pansement. Les jours suivants aucune réaction.

14 mars. — 1^e pansement. — *Guérison.* — Réunion parfaite. Gardé au service, en observation pendant dix jours; devant voyager pour rentrer dans sa famille.

Exéat le 24 mars.

OBSERVATION VI (inérite) BRUCH

Hydrocèle (gauche).

L. Michel, 53 ans, négociant, Français.

Entré le 1^{er} avril 1889. — Plusieurs blennorrhagies sans orchite, bubon supuré, pas de traumatisme occasionnel. Était entré la première fois à l'hôpital en février 1889. Une ponction simple 1^{er} avril, hydrocèle reproduite, tumeur peu développée, transparente.

1 avril. — Incision antiseptique. — Même procédé, suture de la vaginale au catgut. Pas de drain, suture de la peau au crin de Florence.

6 avril. — Le pansement défait en partie pendant la nuit est remplacé. Bon aspect des sutures. Pas de douleur, testicule sain.

16 avril. — 2^e pansement, pas de pus, cicatrisation complète; sauf le point de suture inférieur, petit écartement cutané seulement.

Le malade se lève.

Traitement *12 jours* de lit sans un instant de fièvre ni de souffrance.

OBSERVATION VII (inédite) BRUCH

Hydrocèle. — Côté droit.

A. Jules, 67 ans, Suisse.

Entré le 22 Mai. — S'est aperçu de la grosseur il y a huit ans, A subi trois ponctions simples. Hydrocèle côté droit.

A eu il y a dix-huit ans une orchite traumatique, pas de maladie vénérienne. L'hydrocèle ne présente pas de caractères anormaux, transparence facile à constater. Côté [gauche] sain.

25 Mai. — *Incision antiseptique.* — Petit kyste à la tête de l'épididyme, tordu, procédé ordinaire, n'a pas voulu être anesthésié. Aucun accident particulier.

Sutures vaginales au catgut, sutures de la peau au crin de Florence, drain.

28 mai. — 1^{er} pansement. Etat parfait, réunion immédiate. On enlève le drain.

1^{er} juin. — *L'opéré* se trouve guéri. La plaie est complètement réunie; le malade veut sortir, reprendre son travail, et

promet de revenir pour faire enlever les crins de Florence, il veut encore les garder.

Cet opéré s'est donc trouvé guéri, en état de reprendre son travail, *cinq jours après l'opération*, il a subi celle-ci sans l'anesthésie, sans proférer une parole. N'a pas souffert après, même une heure.

OBSERVATION VIII (inéдите) BRUCH

Hydrocèle droite.

S. Joseph, 57 ans. Espagnol.

Entré le 14 mars 1890. — *Hydrocèle côté droit*, ponction simple il y a dix ans, récidive il y a trois ans, donc sept ans après la ponction simple, volume actuel, œuf d'autruche, la tumeur est transparente. Pas d'antécédent à noter, bonne constitution.

17 mars. — *Opération.* Parois vaginales épaissies, dures, à surfaces irrégulières ; petit kyste, arraché. Suture de la vaginale au catgut, suture de la peau au crin de Florence, pansement antiseptique.

17 mars. — *1^{er} pansement.* Aspect parfait.

24 mars. — La partie gauche du scrotum a été brûlée par l'acidephénique, tuméfaction, œdème, épiderme soulevée, phlyctènes. Pansement tous les jours, guérison rapide.

4 avril. — *Exéat.*

OBSERVATION IX (inéдите) BRUCH

Hydrocèle congénitale (droite).

Laouad ben Tahar, 21 ans, journalier. Arabe. Entré le 9 février 1890.

Hydrocèle congénitale (côté droit).

Peu de renseignements. Blennorrhagie existant actuellement. Raconte qu'il a vu apparaître, il y a deux ans, une tumeur grosse comme une noix ; qu'elle a disparu et que depuis deux mois il est dans l'état actuel : tumeur dure, fluctuante, indolore à droite, forme en bissac ; on suit le testicule à la partie inférieure ; une bride semble séparer en deux parties la tumeur. — On porte le diagnostic d'hydrocèle simple.

Cure radicale le 13 février.

A l'incision de la vaginale, il s'écoule du liquide provenant de celle-ci, mais en même temps il en vient d'une poche communiquant avec l'abdomen, il y a hydrocèle congénitale (opération double). Opération de la cure *radicale de la hernie* inguinale, après dissection du cordon et *cure radicale de l'hydrocèle*, pansement antiseptique.

14 février. — Un peu de fièvre.

17 février. — Fièvre, langue saburrale, 1^{er} pansement, région inférieure droite empâtée, bourses tuméfiées. On défait les sutures du scrotum, il s'écoule du sang, pas de pus.

18 février. — 2^e pansement, un peu de pus sur la plaie ; une gouttelette de pus en enfonçant le doigt profondément vers l'anneau.

19 février. — 3^e pansement, pas de pus, moins de gonflement, mais le testicule est douloureux.

Orchite (?) le testicule est resté assez longtemps à l'air pendant l'opération, de plus le malade est blennorrhagique. Fièvre, pas de péritonite.

24 mars, pansement. — pas de pus.

Sorti le 6 avril complètement guéri.

OBSERVATION X (inédite) BRUCH

Hydrocèle droite.

Entré le 13 avril 1889.

E. Léon, français, mécanicien.

Santé antérieure toujours bonne, en 1873, blennorrhagie, orchite simple, à droite, depuis cette orchite le testicule droit est resté plus gros que l'autre. En 1881 il a augmenté de volume assez rapidement et depuis cette époque il est resté stationnaire. Tumeur transparente.

Opération 17 avril. — Incision antiseptique. Après l'ouverture on constate que le testicule est gros, dur; à sa surface plaques cartilagineuses et nacrées. Le testicule est adhérent à la vaginale sur les côtés limitant en avant une petite poche qui contenait environ 40 grammes de liquide. Suture de la vaginale au catgut et de la peau au crin de Florence. Durant l'opération hémorrhagie légère. Pansement antiseptique.

18 avril. — Il s'est produit une hémorrhagie légère qui a traversé le pansement.

24 avril. — 1^{er} Pansement, l'état est bon.

27 avril. — *Se lève 10 Jours après l'opération.*

OBSERVATION XI (inédite) BRUCH

Hydrocèle gauche.

M. Joseph 43 ans, journalier.

Entré le 7 mai 1890.

Début. — Depuis 2 ans, grosseur du testicule gauche, le liquide a augmenté. Depuis 6 mois hydrocèle sans hernie, transparente, pas eu de traumatisme, pas d'orchite.

13 mai. — *Incision antiseptique.* On trouve un petit kyste, et un certain nombre de granulations jaunâtres dans la vaginale. La vaginale fermée, se continue par une deuxième poche fermée aussi qui pénètre presque dans l'anneau. Le sac secondaire semble être l'ancien vestige du péritoine ayant formé la vaginale. Il est aussi plein de liquide.

17 mai. — 1^{er} pansement. Aspect excellent de la plaie.

23 mai. — Guéri, plaie complètement réunie, un peu d'œdème des bourses du côté de la plaie.

Pansement, compresse et suspensoir.

OBSERVATION XII (inédite) BRUCH

Hydrocèle gauche.

C. Joseph, espagnol, âgé de 47 ans.

Entré le 19 décembre 1894.

Début. — Il y a trois mois le malade s'est aperçu que le testicule gauche était deux fois plus gros que le droit et qu'à partir de ce moment il n'a fait que grossir, ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital. Au début la tumeur était plus molle qu'aujourd'hui. Il n'a jamais ressenti de douleur avant et depuis qu'il a cette tumeur. Blennorrhagie il y a une vingtaine d'années. On fait le diagnostic d'hydrocèle ; la tumeur est absolument opaque et de la grosseur du poing.

24 décembre. — *Incision antiseptique* sous le chloroforme.

En examinant le testicule on constate qu'il est normal, qu'il présente deux petits kystes de la grosseur d'un grain de riz au voisinage de la tête de l'épididyme qui sont arrachés en les tordant ; de plus la vaginale est épaissie. On incise une partie de la vaginale en conservant juste ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule, après lavage au sublimé, on suture la vaginale à la soie et ensuite la peau.

26 décembre. — Le malade affirme n'avoir ressenti aucune douleur depuis l'opération.

28 décembre. — 1^{er} pansement. Le malade ayant de la fièvre on défait le pansement, on constate un œdème du scrotum, dû à une compression à la suite d'une bande que l'infirmier aurait mise le soir à huit heures. Un point de suture avait lâché.

29 décembre. — 2^e pansement. Le pansement s'étant défait on en refait un nouveau. L'œdème a diminué.

2 janvier 1895. — 3^e pansement. On enlève les sutures, la réunion est parfaite excepté à la partie inférieure sur une étendue d'un centimètre, le malade va bien.

7 janvier. — Le malade est guéri.

OBSERVATION XIII (inédite) MOUTET

Hydrocèle gauche.

A... Cultivateur, âgé de 29 ans, Français.

Entré le 17 août 1890 pour fièvres paludéennes. Jeunesse malade, en 1888 a eu pendant ses vingt-huit jours une blennorrhagie et une orchite.

Au bout de quelques jours après son entrée, le malade s'aperçoit que son testicule gauche augmente de volume chaque jour.

Le 16 septembre il est évacué en chirurgie salle Sédillot. On diagnostique une hydrocèle.

Opération. 18 septembre. — Rien de particulier à signaler. *Le docteur Moutet constate que sur 11 cures radicales qu'il a pratiquées, celle-ci est la seule où il ne trouve ni kyste ni polype sur le testicule.*

Pansement à l'aristol.

Le 11 octobre le malade sort guéri.

OBSERVATION XIV (inéдите) BRUCH.

Hydrocèle gauche

X..., tailleur, âgé de 58 ans.

Entré à l'hôpital le 6 février 1894, pour une hydrocèle gauche.
— Variole à 11 ans ; blennorrhagie à 18 ans ; malaria à 48 ans en Egypte ; 1^{er} accès de goutte à 54 ans, depuis cet âge tous les ans un accès durant de huit à quinze jours. Depuis six à sept mois il a constaté un gonflement de la bourse gauche qui n'a fait que croître de jour en jour.

On fait le diagnostic d'hydrocèle, pas de hernie.

Opération 8 février. — Cure radicale ; anesthésie à la cocaïne au 1/100.

En examinant la vaginale on constate que le tissu cellulaire qui la recouvre est infiltré. La queue et le corps de l'épididyme adhérent entièrement à la vaginale, l'épididyme se trouve ainsi caché sur une grande partie par la vaginale. On trouve plusieurs petits kystes libres dans la vaginale, un plus gros est sessile au niveau de la tête de l'épididyme. Vers la tête de l'épididyme on rencontre une petite cavité en forme d'utricule.

Lavage au sublimé, on incise une partie de la vaginale, on recouvre le testicule et on fait les sutures.

17 février. — Pansement, réunion parfaite, on enlève les sutures.

19 février. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XV (inéдите) BOURGNAUD

Hydrocèle droite.

B. Julien, maréchal ferrant, âgé de 49 ans.

Entré à l'hôpital pour une hydrocèle droite.

Fièvre typhoïde et pleurésie en 1871.

Le malade ne peut donner la date exacte du début de la maladie. Depuis trois mois il s'est aperçu que son testicule droit était gros comme un œuf de poule. La tumeur est piriforme et transparente on fait le diagnostic d'hydrocèle simple.

Opération le 28 mars 1895. — M. Bruch pour me faire juger de la simplicité de l'opération veut bien me la faire faire. M. Denis chef de clinique veut bien me servir d'aide.

Anesthésie au chloroforme. Je fais une incision qui part à deux centimètres au-dessous de l'anneau pour descendre jusqu'à la partie inférieure de la bourse. Après avoir incisé couche par couche les téguments avec le bistouri j'arrive sur la vaginale que je ponctionne, il s'écoule une assez grande quantité de liquide jaune citrin, avec les ciseaux j'ouvre complètement la cavité vaginale, je trouve plusieurs petits kystes libres dont un de la grosseur d'un haricot, sur la tête de l'épididyme que je ponctionne. La vaginale est distendue et épaissie, la surface du testicule a l'aspect vermoulu. J'excise une partie de la vaginale conservant juste ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule. Après lavage au sublimé dédoublé et tiède. Sutures à la soie de la vaginale et de la peau.

Pansemnt antiseptique.

Samedi 6 août j'enlève les sutures. Réunion parfaite, le cordon est légèrement induré. Quelques jours plus tard le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

J'ai revu ce malade avant de quitter Alger, en juin 1895. Il allait très bien. L'induration du cordon avait complètement disparue.

OBSERVATION XVI (inédite) BRUCH

Hydrocèle congénitale droite.

P. Salvator, italien, âgé de 32 ans, détenu à la prison civile de Maison-Carré. Entre à l'hôpital pour une kératite, pendant son

séjour il attire notre attention sur une tumeur de la bourse droite.

C'est à l'âge de sept ans que le malade s'aperçoit que son testicule droit a la grosseur d'un œuf de poule et depuis ce moment elle ne fait que s'accroître. C'est seulement le 29 avril 1883 au matin en se levant que le malade s'aperçoit qu'il peut faire refouler le liquide de sa bourse droite dans la cavité abdominale et c'est seulement à partir de ce moment qu'il a ressenti des douleurs et qu'il a été obligé de porter un suspensoir. La tumeur pleine de liquide est grosse comme les deux poings. Comme maladies antérieures il a eu en 1885 une blennorrhagie et en 1886 une orchite.

Opération le 27 mai. — Incision antiseptique. Lorsqu'on ponctionne la vaginale il sort un liquide jaune citrin plein de cristaux de cholestérine. Après avoir incisé la vaginale on trouve un sac herniaire non habité par où arrive le liquide dans la vaginale ; l'ouverture qui pénètre dans l'abdomen laisse passer facilement le pouce. Le sac herniaire communique avec le sac vaginal par suite d'une paroi commune. On dissèque le sac herniaire et on constate qu'il n'est pas ouvert. Après excision de la vaginale on fait les sutures ordinaires et le pansement.

Le malade n'a pas eu de fièvre et n'a ressenti aucune douleur.

Le 8 juin. — On enlève les sutures, le malade va bien.

Si nous exceptons le malade de l'observation II nous voyons que les suites ont été toujours très simples, que dans presque tous les cas nous trouvons une cause à l'hydrocèle, que la guérison a eu une durée en moyenne de dix à douze jours.

Procédé de Bergmann

Avec le procédé de Volkmann, plus ou moins modifié, plusieurs chirurgiens avaient eu des récidives, aussi Bergmann

proposa-t-il, en 1885, l'excision totale de la vaginale pariétale. Cette méthode a été employée par plusieurs chirurgiens, mais n'a pas donné lieu à beaucoup de publications. Bramann en 1885 décrit le procédé de son maître et en fait connaître les résultats dans vingt opérations (1). En 1890, Broca conseille l'excision complète de la vaginale (2). En 1894 et en 1895 Reclus (3) et Lejars (4), dans leurs cliniques font connaître les résultats qu'ils ont obtenus. M. Brault d'Alger communique à la société de chirurgie, le 7 mars 1894, la cure radicale par le procédé de Bergmann, d'une hydrocèle péritonéo-vaginale à fermeture supérieure guérie en huit jours.

M. Brault pratique depuis longtemps le procédé Bergmann et toujours avec un succès complet ; voici son manuel opératoire :

Anesthésie à la cocaïne ou au chloroforme, ou au chloroforme d'abord et ether ensuite ; après l'asepsie complète du champ opératoire : 1° section couche par couche de toutes les tuniques y compris la vaginale, 2° décortication de cette dernière 3° résection aux confins de l'épididyme et du cordon, 4° essuyer très soigneusement la tranche de section au thermo-cautère, 5° reconstitution d'une loge pour le testicule à l'aide de la fibro-crémastérienne qu'on suture à la soie et suture des couches superficielles au crin de Florence. Pansement antiseptique compressif, éviter l'iodoforme et le sublimé trop irritants ; suspensoir d'Horaud, tenir le malade au lit jusqu'à l'ablation des fils (8 à 10 jours).

(1) BRAMANN. Die Volkmann'sche Radical opération. Der hydrocèle. *Berlin. Klin. Wochenschrift*.

(2) BROCA. *Société anatomique* 1890.

(3) RECLUS. Leçons de Clinique chirurgicale de la Pitié 1894.

(4) LEJARS. Leçons de Clinique chirurgicale 1895

Voici une série d'observations que M. Brault a bien voulu me communiquer, sur des malades qu'il a opérés dans son service à l'hôpital du Dey.

OBSERVATION XVII (inéдите) BRAULT

Hydrocèle gauche.

Juillet 1893. — R., soldat au 5^e chasseur d'Afrique. Après 18 mois de service, entre à l'hôpital du Dey pour une hydrocèle moyenne, siégeant à gauche et présentant tous les caractères cliniques sur lesquels nous ne saurions insister.

Cure radicale le 10 août. — anesthésie à la cocaïne, manuel opératoire comme ci-dessus.

Guérison parfaite en 8 jours, pas de température.

Ce malade a été revu plusieurs mois après, pas de douleur, pas d'atrophie du testicule.

OBSERVATION XVIII (inéдите) BRAULT

Hydrocèle droite datant de six ans.

A., caporal au 1^{er} zouave, garçon très robuste, entre à l'hôpital pour une hydrocèle datant de six ans et survenue sans cause appréciable. — Ponctionné deux fois à l'hôpital de Fort-National en novembre 1892. — Opéré par nous le 17 décembre 1893. Anesthésie à la cocaïne ; adhérence intime de la vaginale et de la fibreuse à la place des ponctions signalées ; résection de toute cette portion non isolable ; résection de la vaginale au ras de l'épididyme, en haut résection du cul-de-sac supérieur assez déprimé. Suture et pansement comme ci-dessus.

Un peu de gonflement pendant les premiers jours, à part cela suites très simples. Continue à faire son service, pas d'atrophie, pas de douleur.

OBSERVATION XIX BRAULT

Communiquée à la société de chirurgie 7 mars 1894.

Hydrocèle péritonéo-vaginale à fermeture supérieure.

B. 21 ans, menuisier, constitution robuste, bonne santé habituelle, entre dans le service le 15 novembre 1895. Tumeur de la bourse gauche de la grosseur d'un œuf de dinde, pas de traumatisme. L'affection remonte à l'enfance; le malade ne peut en préciser l'origine, progression très lente, un peu de gêne, pas de douleur.

La tumeur inguino-scrotale en forme de bouteille, est mate dans toute sa hauteur, fluctuante, transparente, irréductible; on ne sent pas le testicule; l'épididyme est perçu en bas et en arrière, le cordon est appliqué sur le prolongement supérieur et ne peut en être dissocié.

La poche est faiblement tendue; quand le malade est debout, le prolongement funiculaire est moins marqué. En pressant de haut en bas sur le boudin inguino-scrotal, on sent le liquide filer sous les doigts, et l'on peut le faire refluer à peu près complètement dans la vaginale. Lorsque la partie supérieure de la tuméfaction est ainsi vidée, en imprimant, de haut en bas et d'avant en arrière, un mouvement de bascule à la tumeur on arrive très facilement à l'isoler de l'abdomen. L'anneau inguinal superficiel permet difficilement, l'introduction de la pulpe de l'index; on n'y constate aucune impulsion dans la toux et les efforts; à la palpation abdominale, pas de trace de corde épiploïque.

Il s'agit d'une hydrocèle vaginale remontant le long du cordon jusque dans le canal inguinal.

Opérations le 16 novembre. Anesthésie à la cocaïne. — Incision inguino-scrotale couche par couche, ouverture de la vaginale, écoulement d'un peu plus d'une centaine de grammes d'un liquide citrin, caractéristique. Epididyme et testicule normaux, séreuse assez pâle. A la partie supérieure de la poche vaginale, au-dessus de la tête de l'épididyme, on remarque immédiatement un orifice, que je ne puis mieux comparer qu'à un anus d'enfant, avec prolapsus muqueux. Il existe là en effet un bourrelet rougeâtre avec une série de plis transversaux. Le doigt introduit par cet orifice va presque dans le canal inguinal mais ne peut cheminer plus loin : sur notre invitation le malade tousse à plusieurs reprises et l'on ne sent aucune impulsion comme à l'examen superficiel,

Le couloir où nous venons de nous introduire est diversement calibré : à l'entrée, il y a une dilatation assez marquée, puis un nouveau rétrécissement et enfin une dernière dilatation, qui se termine en cul-de-sac dans le trajet intra-pariétal.

Séparation de la vaginale et de la tunique fibro-musculaire, incision du trajet supérieur et dissection délicate comme dans une cure radicale du feuillet séreux qui le tapisse. Résection de la vaginale et de la séreuse vagino-péritonéale. Le testicule est habillé avec la tunique erythro-fibreuse ; sutures profondes, sutures superficielles ; pas de drainage, suites très simples, guérison en huit jours (1).

Note. — Nous avons affaire à une hydrocèle péritonéo-vaginale à fermeture supérieure au niveau de l'anneau inguinal profond. Cette disposition est l'inverse de la forme congénitale classique, où l'oblitération se fait à la jonction de la vaginale, laissant au contraire le conduit en libre communication avec le péritoine.

(1) BRAULT. *Archives de médecine et de pharmacie militaire* juillet, 1894.

OBSERVATION XX (inédite) BRAULT

Hydrocèle gauche datant de plus de trois ans.

D. Maréchal des logis du train, âgé de 36 ans ; 15 ans de service. Comme santé, un peu obèse. Chute de cheval en avril 1890 Bourses froissées par le pommeau de la selle ; ecchymose scrotale, a néanmoins continué son service. La bourse gauche est restée grosse. Un mois et demi plus tard ponction ; sortie d'un liquide clair ; séjour de deux semaines environ à l'hôpital de Boghar. Depuis, le malade malgré l'augmentation graduelle de sa tumeur remplissait ses fonctions, mais avec gêne, le cheval le fatiguait beaucoup, à présent, il demande à être opéré.

Opération 8 octobre 1894. — Anesthésie mixte, chloroforme d'abord, éther ensuite. L'hydrocèle est assez volumineuse, le scrotum est distendu et œdédié ; décortication facile de la vaginale très épaissie, sur le testicule et sur la vaginale on remarque quelques petits points comme granuleux. Dans d'autres endroits il y a de petits placards dépolis comme vermoulus. C'est surtout sur la séreuse viscérale que l'on remarque ces lésions, d'ailleurs toutes superficielles.

Rien de bien particulier à signaler au point de vue de l'opération ou des suites. Ablation des fils, réunion parfaite en dix jours.

Le malade a regagné Médéa. Au moment de son départ il portait un scrotum un peu pendant et œdédié, nous laissant le regret de ne pas lui avoir fait en même temps que sa cure d'hydrocèle une résection scrotale.

Revu en décembre 1895. — Résultats excellents.

OBSERVATION XXI (inédite) BRAULT

Hydrocèle droite.

V. 21 ans, jeune soldat du dernier contingent, est porteur d'une grosseur dans la bourse droite, que remonte à sa première enfance, il n'a jamais, dit-il, souffert ; un peu de gêne, quelques tiraillements dans les efforts, les longues marches, et c'est tout.

Hydrocèle de moyen volume, transparence parfaite, le testicule est en bas et en arrière, il ne peut être délimité et distrait de la tumeur, ce qui fait le diagnostic de kyste épидидymaire auquel on pourrait penser un instant de par l'interrogatoire du malade.

Opération. — Anesthésie à la cocaïne, cure très simple faite toujours d'après les mêmes principes. On rencontre sur la vaginale les mêmes petits points granuleux et les mêmes petites plaques déchiquetées que dans l'observation précédente. A signaler également un petit kyste situé près de la tête de l'épididyme. Le liquide contenu est lactescent et contient une quantité considérable de spermatozoïdes vivants.

Ablation des fils au bout de huit jours, réunion parfaite, pas la moindre gêne. Le malade conserve à peine un peu de gonflement des tuniques du côté opéré ; a repris son service.

Revu en décembre 1895. Bourses normales.

OBSERVATION XXII (inédite) BRAULT

Hydrocèle avec épaisissements inégaux de la vaginale.

R. tirailleur indigène, 41 ans ; interrogatoire difficile. On pense tout d'abord à un testicule syphilitique malgré l'absence

de stigmates, après ponction, le testicule semble gros, maronné, blindé de plaques résistantes ; traitement ioduré, frictions mercurielles, reproduction rapide du liquide.

En présence de l'échec avéré du traitement antisyphilitique, on se décide à opérer le 17 décembre 1894. Anesthésie au chloroforme, dissection et résection de la vaginale qui contient quelques caillots sanguins, provenant de la ponction faite précédemment : le testicule est assez gros mais ne présente pas de bosselures ; ce que l'on sentait à l'examen clinique était probablement dû à des épaissements inégaux de la séreuse.

L'opérateur ne fait pas deux étages de sutures, il se contente de mettre quelques fils profonds prenant toutes les tuniques et des points superficiels pour le scrotum.

Le malade indocile essaie de se lever, hémorrhagie, on est obligé d'enlever les sutures pour faire la toilette et assurer de nouveau l'hémostase, nouvelles sutures, quelques-unes lâchent. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XXIII (inédite) BRAULT

Hydrocèle volumineuse.

N..., 40 ans, premier maître de la marine.

Hydrocèle volumineuse. Affection survenue il y a trois ans sans cause appréciable. Pendant deux ans progression très lente, mais très rapide depuis un an, (a reçu autrefois un coup sur les bourses mais à cette époque il n'a rien ressenti).

Transparence, indolence, mais gêne assez marquée dans la marche, tiraillements. N..., vient chez moi pour réclamer une intervention. Entrée au Dey le 8 janvier 1895.

Opération le 10. — Liquide jaune citrin, vaginale très distendue, peu épaissie, assez lisse, testicules sains, volume ordinaire, consistance normale, résection de la vaginale au ras

de l'épididyme et du cordon ; peu de sang. Pansement antiseptique ; au bout de huit jours réunion parfaite ; cordon un peu gros, légère sensibilité à la pression ; le douzième jour sortie, il n'y a plus ni la moindre douleur, ni le moindre gonflement. Le malade doit revenir me voir de temps à autre. Ce malade a été revu et va bien.

OBSERVATION XXIV (inédite) BRAULT

Hydro-hématocèle droite.

V..., soldat au 2^e génie, 21 ans.

Hydro-hématocèle droite de moyen volume, transparence nulle. — Coup de pied de cheval à l'âge de huit ans. Le diagnostic se vérifie très exactement au moment de l'intervention. Contenu vaginal couleur brun foncé, caillots fibrineux ressemblant à des écheveaux de filasse mouillée, séreuse extrêmement épaissie mesurant 50 millim. d'épaisseur ; testicule en gourde, gros et très allongé, très mou à sa partie supérieure : décortication, résection de la vaginale, hémostase un peu plus longue et plus soignée que ci-dessus.

1^{er} pansement au bout de huit jours, ablation des fils. — Revu au bout de quinze jours, le testicule est resté gros ainsi que le cordon, mais la bourse du côté opéré pend moins cependant que celle du côté opposé ; sera suivi, pas de douleur, a repris son service.

Ce malade a été revu en décembre et continue à bien aller.

OBSERVATION XXV (inédite) BRAULT

Hydrocèle droite petite.

S..., 21 ans, soldat au 2^e génie. Hydrocèle à droite petite, nettement transparente, datant de six à sept ans. Pas d'affection

vénérienne. Rapporte le début de la tumeur à un coup reçu dans l'enfance, progression lente, pas de douleur, gêne dans la marche forcée.

Opéré le 21 janvier 1895. — Guérison en huit jours, réunion parfaite. Pas la moindre gêne, très léger gonflement au niveau du cordon et de l'épididyme a repris son service, sera suivi.

Ce malade revu en décembre ne présente plus de gonflement au niveau du cordon et va très bien.

OBSERVATION XXVI (inérite) BRAULT

Hydrocèle droite.

P. 23 ans, 1^{er} zouave : bonne santé habituelle, entré à l'hôpital pour scarlatine, attire mon attention sur une hydrocèle droite de moyen volume dont il est porteur depuis huit ans ; frère atteint également. — Il ne souffre ou plutôt n'a de gêne qu'à la suite de marches forcées. La tumeur est venue progressivement, elle a subi de temps à autre quelques variations au point de vue du volume.

Cure radicale le 11 avril 1895. — Vaginale épaissie, resection totale de la vaginale, guérison en dix jours, revu au bout de trois mois, très bons résultats ; cordon encore un peu gros.

Revu en décembre le cordon est normal.

OBSERVATION XXVII (inérite) BRAULT

Hydrocèle droite.

D., détenu entre à l'hôpital en observation pour aliénation mentale. Depuis quelques mois cet homme s'est aperçu d'une tumeur tombant dans la bourse droite, diminuant la nuit et

semblant remonter dans le ventre; douleurs, tiraillements dans la marche prolongée.

Diagnostic. — Hydrocèle vaginale remontant un peu haut sur le cordon.

Opération de la cure radicale le 27 mai 1895. On croit pouvoir opérer par une seule incision sur les bourses. Le reste du canal vagino-péritonéal fermé par en haut remonte un peu au-dessus de l'anneau inguinal superficiel (c'est la même disposition un peu moins marquée que dans l'observation XIX.) On doit faire pour plus de commodité une nouvelle incision sur l'abdomen analogue à celle de la cure radicale de la hernie. Dissection du couloir supérieur et résection; résection également de la vaginale; habillage avec la fibro-crémastérienne.

1^{er} pansement le 3 juin 1895; réunion parfaite.

Revu au bout d'un mois environ; très bons résultats, pas d'œdème, pas d'induration; sauf au niveau des cicatrices cutanées.

Revu au bout de trois mois, très bons résultats, pas le moindre œdème, pas d'induration en dehors des cicatrices cutanées.

Le malade envoyé plus tard dans un asile d'aliénés n'a pu être suivi plus longtemps.

OBSERVATION XXVIII (inédite) BRAULT

Hydrocèle double.

X... 21 ans. Hydrocèle double depuis cinq mois, les deux vaginales ont été prises en même temps : pas d'antécédents, pas d'accidents, aucune affection vénérienne. Hydrocèle petite à gauche, de moyen volume à droite, bien nettes, s'arrêtent bien au-dessous du canal, aucune impulsion herniaire.

Cure radicale 2 juillet 1895. Anesthésie mixte. Opération des deux hydrocèles dans la même séance. Cicatrisation en 10 jours.

Malade revu en décembre, très bons résultats.

OBSERVATION XXIX (inérite) BRAULT

Hydrocèle gauche.

P... 2^e maître de marine, 28 ans, hydrocèle gauche de volume moyen.

Début. — Le 20 février 1895 sans cause appréciable le malade était cependant porteur d'une goutte militaire, il n'a jamais eu d'orchite. L'hydrocèle est nettement vaginale, bien séparée du ventre, pas d'impulsions.

Cure radicale le 11 juillet 1895. Le liquide est clair citrin, mais déjà la vaginale pariétale et surtout la vaginale testiculaire sont recouvertes de néo-membranes bien vasculaires qui n'auraient pas tardé à faire une hydro-hématocèle. Résection complète de la vaginale, épiluchage du testicule, la néo-membrane couleur foncée qui la recouvre s'enlève comme une pelure de pêche. Cicatrisation en huit jours, très bons résultats qui persistent encore en décembre 1895.

OBSERVATION XXX (inérite) BRAULT

Varicocèle avec complication d'hydrocèle.

R... 21 ans, soldat au 1^{er} zouave. Varicocèle très ancienne et volumineuse, persistance partielle du canal vagino-péritonéal légèrement injecté d'un liquide couleur citrin.

6 janvier 1895. — Résection scrotale latéro-postérieure ovulaire, réunion en V renversé, après résection des veines trop volumineuses et résection également de toute la partie exhubérante de la vaginale qui semble remonter jusqu'au canal inguinal.

Guérison rapide, bons résultats. Le malade a pu parfaitement depuis supporter la fatigue du service.

De toutes ces observations, par le procédé de Bergmann, nous pouvons conclure que les conditions requises pour réussir sont : 1° l'asepsie la plus rigoureuse, 2° assurer l'hémotase d'une façon complète ; le malade de l'observation XXII peut servir d'exemple, ce n'est pas la première fois que l'on voit des opérateurs avoir des hématomes considérables. Ce qui saigne surtout, c'est le tranche de section de la vaginale épaissie, c'est là qu'il est le plus difficile de pincer les vaisseaux. Le thermo-cautère est ici très précieux, aussi le conseillons-nous chaque fois que l'on a du sang.

On pourrait aussi au lieu de faire une double suture (profonde et superficielle) se contenter de points profonds et de points superficiels, comme on a fait pour le malade de l'observation XXII.

Quand le scrotum est trop volumineux, il est bon d'en réséquer une partie, on a vu les regrets de l'opérateur dans l'observation XX.

Dans toutes ces observations, la guérison a eu lieu au bout de huit à dix jours ; les suites ont été très simples, pas d'accidents locaux, pas de fièvre, même pas la rétention d'urine passagère signalée dans les opérations pratiquées sur les bourses.

CHAPITRE IV

PARALLÈLE DES DIVERS PROCÉDÉS LES PLUS USITÉS

Nous avons dit dans l'introduction, que l'incision antiseptique est recommandable d'emblée, et dans tous les cas.

En effet, tous les chirurgiens aujourd'hui, sont d'accord pour faire de l'incision antiseptique la méthode de choix, dans les hydrocèles vieilles, à parois épaissies, indurées, volumineuses, à cavités multiples, qui présentent des altérations glandulaires qui sont congénitales ou compliquées de hernie.

Donc, pour les cas ci-dessus, point de discussion. Mais si nous envisageons les hydrocèles simples, jeunes, de petit volume, transparentes, l'accord n'a plus lieu ; c'est ici que la ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur, devient pour un assez grand nombre de chirurgiens, la méthode de choix.

Sarrot (1) dans une thèse récente, démontre que c'est surtout dans les vaginales qui paraissent peu ou pas lésées, que les récidives se produisent quels que soient d'ailleurs l'âge du malade, l'âge de l'hydrocèle et le mode de traitement employé.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur nos obser-

(1) SARROT. Contribution à l'étude de la cure radicale de l'hydrocèle. Paris, 1893.

vations, ne voyons-nous pas que ces hydrocèles qu'on pourrait qualifier de simples, sont celles qui auraient le plus de chances de récidiver par les lésions causales que nous y découvrons, si on ne les faisait disparaître. Le malade de l'observation XXIX en est un exemple frappant, et cette hydrocèle date de cinq mois à peine.

Trélat a dit : toutes les hydrocèles sont symptomatiques. L'exactitude de ces paroles se vérifie, tous les jours depuis que se pratique l'incision antiseptique.

Ces raisons sont suffisantes, je crois, pour nous faire préférer l'incision dans les hydrocèles qualifiées de simples.

L'incision antiseptique doit être préférée à la ponction avec injection iodée.

1° Rapidité plus grande de la guérison.

Si nous consultons les différentes publications faites à ce sujet, nous voyons que pour Monod et Terrillon (1), la guérison par l'injection iodée varie entre 30 et 40 jours, pour Wendling (2) 40, 60 et 80 jours pour M. Reclus (3) de 20 à 25 jours. Dans notre observation n° I la guérison a été obtenue en 24 jours.

Pour le cure radicale nos observations nous donnent comme moyenne, par le procédé de Julliard de 10 à 12 jours, et par celui de Bergmann de 8 à 10 jours. M. Lejars dans ses leçons à la Pitié donne de 14 à 21 jours, Julliard 10, M. Reclus 12, Volkmann 12, Roux 13. Nous pouvons toujours compter comme différence de temps entre les deux méthodes de 20 à 25 jours, ce qui n'est pas à dédaigner pour le malade.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

2° *Récidives moins fréquentes.*

Depuis que se pratique l'incision antiseptique, les statistiques faites sur les récidives des hydrocèles traitées par l'incision antiseptique et la ponction suivie d'injection iodée ont toujours été en faveur de cette première.

La statistique de Gosselin qui donne de 7 à 10 p. 0/0 de récidives pour l'injection iodée semble être la plus réelle.

Pour la cure radicale, nous trouvons, d'après les différents travaux qui ont été faits à ce sujet, que la récurrence varie entre 2 et 4 p. 0/0.

Chez tous les malades de nos observations traités par le procédé de Juiliard, tel qu'il est pratiqué par M. Bruch, nous ne voyons pas une récurrence. M. Bruch lui-même m'a affirmé que sur les nombreux malades qu'il avait opérés et qu'il avait pu revoir, il n'avait jamais constaté la moindre trace d'une rechute.

Les malades de nos observations traités par la méthode de Bergmann ne nous ont pas non plus donné de récidives et M. Brault, dans une lettre en date du 24 décembre 1895, me « dit : Tous les malades qui font l'objet de vos observations ont été revus par mes collègues ou par moi, les résultats dont plusieurs datent d'un an sont parfaits. Il n'y a jamais eu la moindre récurrence. »

Les assertions de MM. Reclus et Lejars dans leurs leçons cliniques n'ont pas moins de valeur. M. Reclus dit : Pour moi j'ai souvent réopéré des individus que des confrères très compétents avaient traités par la ponction et l'injection irritante, que je me rangerais volontiers, parmi ceux qui déclarent la récurrence fréquente après l'emploi de l'injection iodée.

M. Lejars s'exprime ainsi sur le même sujet : « On entend dire, l'injection iodée bien faite, n'est jamais suivie de réci-

dives. Mais ces récidives, nous en avons vues, nous en voyons tous les jours et la clientèle toute spéciale du bureau central nous en fournit de nombreux exemples.

Après tous ces arguments qui ne sont pas discutables, la question de récidive est tranchée en faveur de l'incision antiseptique. Et, nous sommes surpris lorsque nous lisons qu'au Congrès des médecins russes à Moscou en janvier 1891, Dobrochotow est d'avis que l'injection de teinture d'iode est préférable, les récidives et les complications sont très rares, tandis que par l'incision les récidives sont plus nombreuses. Assurément, il faut que ce chirurgien, pour émettre une semblable opinion n'ait pas revu ses malades longtemps après la guérison.

3° *Elle permet de voir ce que l'on fait.* Dans la ponction on agit en aveugle ; l'examen du malade ne permet pas toujours de déterminer exactement les lésions ; c'est ce que nous montrent plusieurs de nos observations, et dans certain cas, l'injection iodée aurait été désastreuse comme dans notre observation IX.

En outre, n'est-il pas arrivé souvent à des chirurgiens expérimentés de pousser l'injection iodée entre la peau et la vaginale. N'a-t-on pas aussi blessé souvent le testicule et l'épididyme avec le trocart, ici l'avantage est évident, aussi je n'insisterai pas.

4° *Elle permet de déterminer la lésion causale et d'agir sur elle.* Au début de ce chapitre, nous avons vu, qu'on pouvait considérer toutes les hydrocèles comme symptomatiques, et en parcourant nos observations, nous trouvons presque toujours, d'après les lésions de la vaginale de l'épididyme ou du testicule, la cause de ces épanchements. Toutes celles qui ont été ponctionnées ont récidivé, et dans toutes nous y voyons

soit un épaississement de la vaginale, soit de petits kystes, des polypes, etc., indiquant toujours un travail inflammatoire chronique.

M. Lejars dans ses cliniques de la Pitié, cite le cas d'une hydrocèle qui avait été traitée par la ponction suivie d'injection iodée et qui avait récidivé, l'albuginé était épaissi, irrégulière, un petit polype blanchâtre, d'aspect et de consistance cartilagineuse était implanté sur elle ; l'hydatide de Morgagni était très grosse et kystique, le testicule était augmenté de volume, tout cela indiquait un travail inflammatoire, cause de la récédive.

L'incision seule permet d'agir sur ses lésions, et par suite, d'empêcher la reproduction de l'épanchement.

5° *Elle se pratique sans douleur.* Nous avons interrogé plusieurs malades qui avaient subi la cure radicale soit sous l'anesthésie générale, soit sous l'anesthésie locale ; tous m'ont fait la même réponse : « Je n'ai ressenti aucune douleur, mon hydrocèle est guérie sans la moindre souffrance. » Le malade de l'opération qui a été opéré sans anesthésie, nous dit aussi qu'à partir du moment où l'opération a été terminée, il n'a pas eu la moindre douleur. Presque tous les opérés de nos observations n'ont pas eu de fièvre : les suites ont toujours été très simples.

Avec la teinture d'iode précédée d'une injection de cocaïne c'est tout différent. Le malade de l'observation I nous en offre un bon exemple ; les douleurs, chez lui, après l'opération ont été très vives et ont persisté assez longtemps.

6° *Le manuel opératoire est simple et facile.* Nous avons pratiqué l'opération de l'hydrocèle sur le vivant et sur le cadavre et nous avons toujours trouvé le manuel

opératoire très simple et sans aucune difficulté et il me semble moins délicat que la ponction.

En incisant couche par couche on voit ce qu'on fait : si on rencontre un vaisseau un peu volumineux, on peut le saisir avec des pinces et le sectionner sans crainte ; il est impossible aussi de pouvoir blesser le testicule par suite de l'épanchement qui éloigne la vaginale pariétale du testicule.

Reproches fait à l'incision. Nous ne retiendrons qu'une seule objection faite à l'incision, qui de prime abord paraît assez sérieuse, On a dit : « La cure radicale arrête le travail de la spermatogenèse » Cette accusation repose sur des faits peu précis, aussi M. Reclus (1) en 1888 dans un mémoire sur la spermatogenèse dans l'oblitération de la vaginale a montré que l'affirmation de Gosselin était erronée. Sur 11 cas d'adhérences complètes, 8 fois Reclus a trouvé des spermatozoïdes et sur les cas qu'ils manquaient on pouvait l'attribuer à des lésions de l'épididyme.

Louis Perret est arrivé aux mêmes conclusions : ses expériences ont porté sur des animaux : il nous dit aussi que sur 85 opérés il a noté chez la plupart un appétit génital normal, plusieurs se sont mariés et devenus pères.

Cette objection pouvait se faire aussi à la ponction. M. Lejars a constaté sur un malade qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu que l'injection iodée produisait aussi une adhérence des deux feuillets.

Pour faire l'incision antiseptique, à quelle méthode devons-nous donner le choix ? Les méthodes de Julliard et de Bergmann nous ont également donné de bons résultats aussi il est très difficile de nous prononcer et je crois que

(1) *Loc. cit.*

c'est surtout l'état de la vaginale qui doit nous décider en faveur de l'un ou de l'autre procédé.

Nous remarquons cependant que la durée de la guérison est moindre avec le procédé Bergmann, mais l'opération est aussi un peu plus délicate.

Au point de vue de la récurrence c'est tout différent : si nous consultons les statistiques faites à ce sujet pour la méthode de Julliard, on donne de 2 à 4 0/0 ; pour le procédé Bergmann 0 0/0. C'est assurément un grand avantage sur le précédent aussi il me semble que la pratique de cette dernière méthode est préférable.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1°. — Avec la ponction suivie d'injection iodée, l'hydrocèle récidive souvent ; c'est une méthode de nécessité dans certains cas et dans certains milieux.

2°. — L'incision antiseptique est une opération simple et facile, qui n'occasionne aucune douleur, qui permet d'agir sur les lésions causales. Elle doit être la méthode de choix dans le traitement de toutes les hydrocèles.

3°. — Il est préférable de faire l'incision totale de la vaginale, c'est-à-dire d'employer la méthode de Bergmann si on veut éviter toute chance de récidive et avoir une guérison plus rapide.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,

TILLAUX

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGAGNEUR. — *Gaz. hebdom.*, 1886.
— *Lyon médical*, 1894.
- BILLROTH. — Operation radicale der hydrocelen. *Chirurg. Klin. Wien.*, 1871.
- BRAMANN. — *Berliner Klin. Wochenschrift.*, 1885.
- BRAULT. — *Archives de médecine et de pharmacie militaire.* Juillet 1894.
— *Lyon médical*, oct., 1895.
- BROCA. — *Journal de méd. et de chirurgie pratique*, 1892.
— Société anatomique de Paris, 1889-1890.
- CHASSAIGNAC. — *Traité des opérations chir.* 1862, tom. II.
- GENZMER. — Die Hydrocele und ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundbehandlung (*in Sammlung Klin. Vorträge von Volkmann*) Leipzig, 1878, n° 135.
- FORGUES ET RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. II.
- GOSSELIN. — *Clin. chir. de la Charité*, Paris, 1879, t. II.
- GROS. — Du traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique. *Rev. méd. de l'Est*, XIX, 609, Nancy.
- HEYDENREICH. — *Semaine médicale*, 1885.
- JACOBSON. — *The Lancet*, 1877, V. II.
- JULLIARD. — *Revue de chirurgie*, 1884, p. 81.
- KOCHER. — *Centrblatt für chir.* 1878.
- LABADIE. — Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'inci-

- sion, avec les précautions antiseptiques, *Thèse de Bordeaux*, 1881.
- LEJARS. — Leçons de clinique chirurgicale, 1895.
- LELIEVRE. — Différents procédés de traitement de l'hydrocèle vaginale. *Thèse de Paris*, 1873.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Chirurgie antiseptique, 1880.
- MALGAIGNE. — Traité de méd. opératoire.
- MARIMON. — Recherches sur l'anat. path. des grosses hydrocèles. *Thèse de Paris*, 1874.
- MEHLING. — Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision avec les précautions antiseptiques. *Thèse de Montpellier*, 1883.
- MONOD ET TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes, 1889.
- MONTES DE OCA. — Hydrocèle de la tunica vaginale curado por la incision y excision. *Rev. génér. méd.* Buenos-Ayres, 1876.
- NÉLATON. — Elém. de path. Chir., t. V.
- NIMIER. — De la cure radicale de l'hydrocèle par l'incision et la résection de la tunique vaginale. *Th. Paris*, 1885.
- NICAISE. — Traitement de l'hydrocèle par le décollement et l'excision de la tunique vaginale. *Revue de chirurgie*, p. 89, 1888.
- OZENNE. — Du traitement des vaginalites (vaginalites aiguës, hydrocèles, pachy-vaginalites). *Gazette des hôpitaux*, p. 641, 1889.
- PANAS. — *Arch. gén. de méd.*, 1872, 6^e série, t. I.
- PERRET. — Contribution à l'étude des traitements de l'hydrocèle. *Th. Lausanne*, 1893.
- RECLUS. — *Bulletin de la société de chirurgie*, p. 534, 1886.
- Traitement de l'hydrocèle. *Semaine médicale*, 1887.
- Traitement de l'hydrocèle vaginale. *Gazette des hôpitaux*, n^o 90, 1888.
- De la récédive dans les cures radicales de l'hydrocèle : *Mercredi médical*, page 321, 1889.
- Leçons de clinique chirurgicale de la Pitié, 1894.

- RENARD. — Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle simple. *Thèse de Paris*, 1884.
- RICARD. — De la cocaïne comme anesthésique local dans l'opération de l'hydrocèle. *Gaz. des Hôp.*, 1888.
- *Gaz. hebd. des Sc. méd.*, Montpellier, 1888.
- SABATIER. — Médecine opératoire, 1810.
- SCHWARTZ ET TERRILLON. — *Gaz. méd. de Paris*, p. 421.
- TÉDÉNAT. — Congrès français de chirurg., 1886.
- SAITHAM. — *The Lancet*, p. 845, 1889.
- TERRILLON. — Note sur l'anatomie pathologique de l'hydrocèle simple. *Prog. méd.*, 1880.
- VELPEAU. — Dict. en 30 vol. ; art. hydrocèle.
- Méd. opératoire ; 1839, t. IV.
- WENDLING. — *Thèse de Nancy*, 1885.
- VOLKMANN. — *Berliner Klin. Woch.*, 1876.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE Ier. Historique des divers traitements d'hydrocèle.....	7
CHAPITRE II. Ponction avec injection iodée.....	9
Manuel opératoire.....	40
CHAPITRE III. Incision antiseptique.....	43
Méthode de Volkmann.....	44
Méthode de Julliard.....	45
Méthode d'Augagneur.....	45
Méthode de Nicaise.....	46
Observations.....	47
Méthode de Bergmann.....	30
Méthode de Brault.....	31
Observations.....	32
CHAPITRE IV. Parallèle des divers procédés les plus usités.....	43
Avantages de l'incision sur la ponction avec injection iodée....	44
1 ^o Rapidité plus grande de la guérison.....	44
2 ^o Récidives moins fréquentes.....	45
3 ^o Elle permet de voir ce que l'on fait.....	46
4 ^o Elle permet de déterminer la lésion causale et d'agir sur elle.....	46
5 ^o Elle se pratique sans douleur.....	47
6 ^o Le manuel opératoire est simple et facile.....	47
Reproches fait à l'incision.....	48
CHAPITRE V. Conclusions.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51

